

Канд. мед. наук С.С. Стебунов,
проф. А.Н. Лызиков,
доц. С.Н. Занько

ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ

Кафедра госпитальной хирургии
(зав. каф. - проф. М.Г. Сачек)
Витебского государственного медицинского
института
Республиканский учебно-методический научный
центр малоинвазивной хирургии
(директор - проф. А.Н. Лызиков)

Успех операции лапароскопической холецистэктомии и других лапароскопических вмешательств во многом зависит от полноты дооперационного обследования, так как хирург не может выполнить тактильную пальпацию желчных путей, поджелудочной железы, печени, желудка, органов малого таза, не всегда возможна полная мобилизация и обследование гепатикохоледох.

Предоперационное обследование пациентов должно решать следующие вопросы:

- постановка диагноза и оценка состояния важнейших систем организма;
- топоико-морфологическая характеристика желчного пузыря и перипузырного пространства;
- оценка состояния органов билиарной системы и желчевыводящих протоков;
- определение возможных трудностей во время предстоящей операции, профилактики возможных технических и тактических ошибок и осложнений;
- выявление общих и местных противопоказаний для выполнения лапароскопической операции.

Как и для любого планового оперативного вмешательства, перед лапароскопией необходимо иметь данные следующих обследований:

- ♦ общего анализа крови;
- ♦ общего анализа мочи;
- ♦ сахара крови;
- ♦ биохимического анализа крови;

- ♦ коагулограммы;
- ♦ электрокардиограммы;
- ♦ резус-фактора, группы крови;
- ♦ рентгеноскопии легких;
- ♦ анализа на RW, ВИЧ;

Помимо общеклинических лабораторных и инструментальных исследований для холецистэктомии обязательными являются УЗИ органов гепатодуоденальной зоны и фиброгастродуоденоскопия с осмотром БДС, для ваготомии – ФГДС и рентгеноскопия желудка, для гинекологических операций – УЗИ малого таза.

УЗИ позволяет оценить состояние желчного пузыря, его форму, особенности топографии, наличие спаечного процесса, перихолецистита и воспалительных изменений со стороны его стенки. В задачи УЗ-исследования при билиарной патологии также входит выявление холедохолитиаза и дилатации желчных протоков [1, 4].

При отборе пациентов для холецистэктомии важнейшими являются два вопроса:

1. Имеется ли у больного холедохолитиаз или его косвенные признаки?

2. Какова вероятность технических трудностей во время операции?

Результаты сонографии во многом определяют дальнейший алгоритм диагностического и лечебного процесса, позволяют более объективно подходить к выбору сроков операции.

Для решения вопроса о возможности проведения лапароскопического вмешательства и прогнозирования возможных технических трудностей Гаї Н. (1992) рекомендует обратить внимание при УЗ-исследовании на следующие параметры [12]:

1. Толщина стенок желчного пузыря. Толщина стенки оценивается в области ее прилегания к печени. Исследование рекомендуется проводить после 12-часового голодания, чтобы исключить артефакты, связанные с возможным сокращением пузыря. Толщина стенки более 4 мм повышает вероятность наличия острого воспаления. При остром холецистите выполнение ЛХЭ возможно в

стадии отека, когда по данным УЗИ толщина стенки не превышает 10 мм. Большое увеличение свидетельствует о давности процесса и возможных трудностях при выполнении вмешательства, связанных с высокой регидностью желчного пузыря и проблемами с адекватной его экспозицией.

2. Расположение желчного пузыря. Практическое значение имеет соотношение положения дна пузыря и края печени. Если дно пузыря находится на уровне или выступает за край печени, при ЛХЭ затруднений обычно не возникает. Если же дно расположено ниже края печени, возможны технические трудности, ибо высока вероятность спаечного процесса.

3. Сморщенный или полностью заполненный камнями желчный пузырь. Если при УЗИ желчный пузырь не определяется или полностью забит камнями, то холецистэктомия будет трудной.

4. Использование высокочастотного датчика (5 МГц и более) позволяет определить спаечный процесс, как в зоне операции, так и в местах введения троакаров.

5. Размеры конкрементов. При размерах камней в желчном пузыре более 2 см необходимо заранее продумать план их извлечения.

На все эти вопросы специалист по УЗИ должен дать исчерпывающий ответ.

Ультразвуковое исследование - информативный и достаточно надежный метод обследования желчных путей и других органов [5, 6]. Однако и он имеет пределы разрешающей способности, которая во многом зависит от квалификации врача, проводящего исследование. Кроме этого, имеются отделы (дистальный отдел холедоха), которые недоступны обычным ультразвуковым датчикам. Между тем известно, что именно в дистальном отделе холедоха чаще всего обнаруживаются конкременты при холедохолитиазе. Поэтому не следует слепо и безоговорочно принимать как окончательные данные сонографического исследования. Мы предпочитаем 2-3 кратное выполнение УЗИ, с обязательным контролем обученного специалиста, работающего в нашей клинике. При мелких конкрементах целесообразно выполнение УЗИ как можно ближе к моменту

операции (в день или накануне операции), так как камни могут мигрировать в протоки. Зарубежные авторы также рекомендуют проводить УЗИ в динамике, т.е. 2-3 кратное исследование за последние 3-6 месяцев. Последняя сонография должна быть выполнена не ранее, чем за 7 дней до операции [12]. В сомнительных случаях, при подозрении на холедохолитиаз, целесообразно до операции выполнить ЭРПХГ.

Известно, что вопрос о холедохолитиазе не может быть окончательно решен при стандартном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости. Однако УЗИ играет определенную роль для назначения дополнительных методов исследования, в первую очередь - ретроградной панкреатохолангиографии [12].

ЭРПХГ показана при наличии желтухи в анамнезе или при поступлении, подозрении или обнаружении камня в холедохе по данным УЗИ, при расширении холедоха (более 8-9 мм), мелких камнях в пузыре, а также повышении уровня печеночных проб (АЛТ, АСТ, билирубин) более чем на 10% и недавно перенесенном приступе холецистопанкреатита. Причем здесь необходимо подчеркнуть, что сонографически измеренный диаметр желчных путей не всегда совпадает с определенным холангиографически [11].

К сожалению, ЭРПХГ не всегда выполнима и имеет ряд противопоказаний (непереносимость контраста и др.). Контрастирование билиарной системы возможно по данным литературы в 70-88 %, панкреатического протока в 80-92 % [7, 8, 9, 10].

Для плановых лапароскопических операций важное значение имеют сроки их выполнения. Естественно, что наиболее оптимальным сроком выполнения лапароскопической холецистэктомии при холецистите является "холодный" период вне приступа и до наступления осложнений. При остром холецистите необходимо стремиться произвести лапароскопическую холецистэктомию в сроки до 48-72 часов от начала приступа, так как в более поздние сроки в области желчного пузыря формируется плотный воспалительный инфильтрат, разделение которого повышает риск

развития осложнений. При поступлении больного позднее 72 часов от начала заболевания рекомендуется проводить консервативные противовоспалительные мероприятия и сроки операции будут зависеть от динамики воспалительного процесса в области желчного пузыря. При положительной динамике (по данным УЗИ и клиническим) операция может быть проведена без особых технических сложностей не ранее 2-3 недели. Часто пациентам рекомендуется выписка из стационара и повторная госпитализация для планового оперативного лечения через 1-2 месяца.

При гинекологической патологии рекомендуется проводить лапароскопическую операцию во второй половине цикла, что уменьшает степень развития после операции спаечного процесса. У женщин, имеющих в анамнезе острые воспалительные процессы органов малого таза или страдающих хроническими воспалительными заболеваниями желательно до операции решить вопрос о необходимости санации малого таза. Показания к санации и дренированию окончательно выставляются во время вмешательства после обзорной лапароскопии.

Перед другими лапароскопическими операциями у пациентов женского пола необходим осмотр гинеколога и другие дополнительные обследования органов малого таза по показаниям. Наличие в анамнезе дисфункции яичников или ановуляторного цикла является показанием к тщательной ревизии придатков матки и проведения декорткации яичников при обнаружении их изменений. Необходимо помнить, что видеолапароскопия является на сегодняшний день одним из самых информативных методов объективного исследования.

В целом подготовка больного к лапароскопии не отличается от таковой при традиционном методе оперативного лечения. Большое значение имеет подготовка кишечника с помощью слабительных средств, активированного угля и очистительных клизм.

Вечером накануне операции и утром в день операции с помощью клизмы очищают кишечник. Необходимость этой процедуры перед лапароскопической операцией обоснована тем, что вздутые

петли кишечника во время ее проведения не только ограничивают обзор, но и значительно ограничивают радиус действия инструментов, повышая опасность травмы. В особенности это касается случаев вздутия поперечно-ободочной кишки и правого изгиба, наиболее близко расположенного к зоне операции в случае холецистэктомии.

Накануне операции вечером назначают спазмолитические средства и за 30-40 минут до операции выполняется обычная премедикация. Введение желудочного зонда осуществляется непосредственно перед началом операции на операционном столе. Эта мера снижает риск случайного повреждения желудка во время введения троакаров и при манипуляциях инструментами, а также улучшает обзор во время операции. Это же, по-видимому, снижает послеоперационную тошноту у пациентов.

Важным подготовительным моментом перед операцией является проведение психологической подготовки пациентов. Цель такой подготовки - представить больному полную информацию о его заболевании, необходимости оперативного лечения, этапах операции и преимуществах лапароскопического метода. Часто имеется необходимость оговорить с пациентом возможность осложнений и перехода на лапаротомный метод операции. Необходимо информировать пациента о риске лапароскопического вмешательства. Пациент должен дать письменное согласие на проведение лапароскопии, а при необходимости и последующей лапаротомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабичев С.И., Калантаров К.Д., Скоренский И.А., Давитадзе Ш.А. Ультразвуковая диагностика хирургических заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы // Хирургия.-1981.-N 10.-С. 70-75.
2. Васильев Ю.Д., Седлецкая Т.Н. Ретроградная холангиопанкреатография в диагностике заболеваний желчных путей и протоках поджелудочной железы.// Вестн. рентг. и радиол.- 1980.- N2.- С.46.
3. Виноградов В.В., Лапкин К.В., Брагин Ф.А., Алексеев В.Ф., Лютфалиев Т.А., Кунда М.А. Прямая анте- и ретро-

градная холангиография в диагностике обструкции желчевыводящих путей. //Хирургия. - 1983.- N 8.- С.121-125.

4. Демидов В.Н., Сидорова Г.П. Ультразвуковая диагностика калькулезного холецистита // Тер. арх. - 1983.- N 2.- С.70-72.

5. Литвяков А.М. Эхографическая диагностика калькулезного поражения желчных протоков // Тер. Арх.-1987.-Т. 59.-С. 123-126.

6. Минушкин О.Н., Болдырев В.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний печени // Тер. Арх. - 1984.- N 8.- С.120-122.

7. Bilbao M.K., Dotter C.T., Lee T.G. Complications of endoscopic retrograde cholangiography (ERCP): A study of 10 000 cases.// Gastroenterology. -1976.- N 70.- P.314-320.

8. Cotton P.B., Valln A.G. Duodenoscopic

sphincterotomy for re-moval of bile duct stones // Surgery.-1982.-Vol.91, No.6.-P. 628-630.

9. Cotton P.B. Precut papillotomy - a risky technique for experts.// Gastrointest. Endosc.-1989.- N 35.- P.578-579.

10. Ferguson D.R., Sivak M.V. Indications, contraindications and complications of ERCP. // Sivak M.V. Gastroenterologic endoscopy. W.B. Saunders, Philadelphia.- 1987.- P.581-598.

11. Freise J., Gebel M., Kleine P., Weyand C. The diametr of the common bile duct determined by ultrasound and ERCP is not necessarily comparable.// Ann. Radiol.(Paris).- 1985.-N 28.-P.5-8.

12. Gai H., Thiele H. Sonogra-phische Selektionskriterien fur die laparoskopische Cholecystektomie.// Chirurg.- 1992.- Vol.63.- P.426-431.